



FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de Loisirs Associé au Collège

(A remplir obligatoirement)

Année scolaire _____

Photo

Classe :

Formulaire à déposer en mairie ou à la vie scolaire ou à envoyer à mairie@ville-montech.fr

Identité :

NOM
PRENOMS
ADRESSE
.....
.....

Né(e) le A.
☐ FILLE ☐ GARCON

Responsables légaux :

Parent 1

Monsieur ☐ Madame ☐
NOM
PRENOM
ADRESSE (si différente de celle l'enfant)
.....
.....
.....
TEL DOMICILE
TEL. PORTABLE
TEL. TRAVAIL
COURRIEL

Parent 2

Monsieur ☐ Madame ☐
NOM
PRENOM
ADRESSE (si différente de celle de l'enfant)
.....
.....
.....
TEL DOMICILE
TEL. PORTABLE
TEL. TRAVAIL
COURRIEL

Autorité parentale

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

☐ Oui ☐ Non

(En cas de séparation des parents, joindre la dernière décision de justice en date, justifiant de la garde de l'enfant et de l'autorité parentale)

Autre personne titulaire de l'autorité parentale

Nom, Prénom :
Adresse :
Téléphone(s) :

N° ALLOCATAIRE CAF * :

* la communication du n° allocataire CAF vaut autorisation d'accès au service CDAP de la Caisse d'Allocations Familiales. A défaut fournir le dernier avis d'imposition.

Identifiant MSA * :

* la communication du n° allocataire MSA vaut autorisation d'accès au service de la Mutualité Sociale Agricole. A défaut fournir le dernier avis d'imposition.

Régime spéciaux (à préciser) :

Assurance Responsabilité civile (obligatoire):

Dénomination :

Numéro de contrat :

Droit à l'image :

☐ J'autorise la ville de MONTECH, organisateur des Accueils de loisirs, à photographier/filmer mon enfant. L'utilisation de ces images sera réservée à la structure d'accueil et à la ville de MONTECH (affichage, diaporama, album photo, magazine municipal, site de la ville...).

Autorisation de sortie :

En dehors des temps scolaires (les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 8h30 à 17h et les mercredis de 8h30 à 12h30), les titulaires de l'autorité parentale autorisent l'enfant à quitter la structure, seul après l'activité :

OUI ☐ NON ☐

- Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom-Prénom.....

Téléphone

Nom-Prénom.....

Téléphone.....

Nous nous engageons à :

- informer sans délai LA COMMUNE DE MONTECH de tout changement portant sur l'un des éléments figurant sur la présente fiche de renseignement, en effectuant directement les modifications dans mon **espace famille « CARTE + »** (<https://www.ville-montech.fr> → Portail Familles).

- régler soit en ligne soit à l'accueil de la mairie après la création de votre espace famille la participation annuelle calculée selon votre quotient familial :

Quotient en €	Tranche 1 De 0 à 437	Tranche 2 De 438 à 820	Tranche 3 De 821 à 1200	Tranche 4 De 1201 à 1500	Tranche 5 1501 et +
Pour tous	3.50€	4€	5€	6€	7€

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier d'inscription.

A _____, le _____

Signature des représentants légaux.



Année scolaire /

FICHE SANITAIRE

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Garçon ☐

Fille ☐

VACCINATIONS : pour compléter le tableau ci-dessous se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant, **à défaut joindre une copie du carnet de vaccinations.**

	Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Tous les enfants	DTP		Tuberculose	
Enfants nés après 2018	Coqueluche		Varicelles	
	Haemophilus influenzae		Grippe	
	Hépatite B		Zona	
	Pneumocoque		Papillomavirus	
	Méningocoque		Rotavirus	
	ROR			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Un PAI (projet d'accueil individualisé) a-t-il été signé ? oui ☐ non ☐

Si oui, à quelle date ?

Renseignements concernant le PAI de votre enfant :

AEEH. Bénéficie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé oui ☐ non ☐
(Joindre la copie de l'attestation AEEH)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

Année scolaire /

ALLERGIES :

ASTHME : OUI ☐ NON ☐ / ALIMENTAIRES : OUI ☐ NON ☐ / MEDICAMENTEUSES : OUI ☐ NON ☐
AUTRES :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladies, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

Observations diverses :

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM

PRENOM

ADRESSE

Numéros de téléphone :

Mère : domicile

portable

travail

Père : domicile

portable

travail

Je soussigné, responsable légale de l'enfant,
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'ALAE/ALSH à
prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

MEDECIN TRAITANT :

NOM

téléphone :

Date :

SIGNATURE :